

Kilian, Heiko

## Eine systemische Betrachtung zur Hyperaktivität - Überlegungen und Fallbeispiele

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 3, S. 90-96*



Quellenangabe/ Reference:

Kilian, Heiko: Eine systemische Betrachtung zur Hyperaktivität - Überlegungen und Fallbeispiele - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 38 (1989) 3, S. 90-96 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-27103 - DOI: 10.25656/01:2710

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-27103>

<https://doi.org/10.25656/01:2710>

in Kooperation mit / in cooperation with:

**Vandenhoeck & Ruprecht**

**V&R**

<http://www.v-r.de>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.  
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.  
This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

**peDOCS**  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin  
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel  
Redaktion: Günter Presting

38. Jahrgang / 1989

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG  
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

or education. This argument holds for the comparison of the pedagogical with the medical or clinical-psychological proceeding and for the comparison of various points of view within these sciences, as well. Instead of speculating about possible brain damage, classification in vaguely defined syndromes, etc., a careful analysis of the specific deficits seems to be more efficient by permitting an adequate treatment without labeling the patient simultaneously.

### Literatur

Abuelo, D. N. (1983): Genetic disorders. In: J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.): Handbook of mental retardation. New York: Pergamon, S. 105–120. – Birnbrauer, J. S. (1976): Mental retardation. In: H. Leitenberg (Ed.): Handbook of behavior modifica-

tion and behavior therapy. Englewood Cliffs: Prentice Hall, S. 361–404. – Grossman, H. (Ed.) (1977): Manual on terminology and classification in mental retardation. Washington, D. C.: American Association on Mental Deficiency. – Koehler, K. & Saß, H. (1984): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-III. Deutsche Bearbeitung. Weinheim: Beltz. – Millichap, J. G. (1975): The hyperactive child with minimal brain dysfunction. Chicago: Year Book Medical Publishers. – Seltzer, G. B. (1983): Systems of classification. In: J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.): Handbook of mental retardation. New York: Pergamon, S. 143–156. – Sinclair, E. & Forness, S. (1983): Classification: educational issues. In: J. L. Matson & J. A. Mulick (Eds.): Handbook of mental retardation. New York: Pergamon, S. 171–183. – WHO (Ed.) (1983): International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Geneva.

Anschr. d. Verf.: Dr. Udo B. Brack, Kinderzentrum München (Klinik), Blutenburgstr. 71, 8000 München 19.

## Praxisberichte

# Eine systemische Betrachtung zur Hyperaktivität – Überlegungen und Fallbeispiele

Von Heiko Kilian

### Zusammenfassung

In der neueren Literatur zur Behandlung der Hyperaktivität fällt auf, daß die in Zusammenhang mit dieser Symptomatik stehenden Beziehungsaspekte kaum thematisiert werden – die Behandlungskonzepte scheinen meist symptom- und individuumzentriert, wenn auch „flankierende Maßnahmen“ häufig für wichtig erachtet werden. Anhand von Falldarstellungen aus familientherapeutischer Praxis wird die Einbeziehung der Beziehungsdimension in die Behandlung hyperaktiver Kinder dargestellt. Dabei wird besonders versucht, die Bedeutung der Symptomatik im familiären Beziehungskontext herauszuarbeiten.

### 1 Einleitung

Immer wieder beschäftigt Therapeuten und Wissenschaftler das Phänomen der Hyperaktivität – die für alle Beteiligten, gelegentlich vielleicht mit Ausnahme des „Symptomträgers“, sehr belastende Symptomatik, fordert dazu auf. Es gibt inzwischen eine Flut von Publikationen hierüber, und eine besondere Bedeutung wird häufig der diagnostischen Abgrenzung des Hyperkinetischen Syndroms beigemessen. Remschmidt (1987) faßt in dieser Frage zusammen:

1. Das Hyperkinetische Syndrom (HKS) stelle trotz schillernder, multipler Symptomatik eine von anderen Störungen abgrenzbare Einheit dar (vgl. auch Brocke, 1984), von der sich
2. verschiedene Varianten unterscheiden lassen (s. multiaxiales Klassifikationsschema nach Rutter et al., Remschmidt/Schmidt 1986<sup>2</sup>);
3. wird schließlich die Aufmerksamkeitsstörung als Leitsymptom gesehen (häufig bezeichnet als „Attentional Deficit Disorder“ ADD).

Die Ätiologie ist ungeklärt – es werden verschiedene Möglichkeiten diskutiert. Minde (1985) führt organische Faktoren wie Hirnläsionen, genetische Defekte u. ä., genetische Faktoren und Nahrungsmittelallergien auf. Er betont, daß für keine der möglichen Verursachungsfaktoren schlagende empirische Beweise erbracht werden konnten. Wenn auch „eine gewisse Wahrscheinlichkeit für genetische Faktoren“ naheläge, so stehe auch für diese Vermutung der entscheidende Nachweis noch aus. Therapeutisch kommen Pharmakotherapie, Verhaltensmodifikation und diätetische Behandlung in Betracht. Eine psychotherapeutische Behandlung habe sich als nicht effektiv erwiesen (Minde, 1985; Brocke, 1984).

Bei der Durchsicht der Literatur über bisher untersuchte bzw. erprobte Therapieansätze fällt eine ausgesprochen stiefmütterliche Behandlung der Beziehungsdi-

mension auf. *Eisert & Eisert* (1987) beklagen, „das Spektrum der Behandlung für die vielfältigen Schwierigkeiten dieser Kinder“ sei „weitgehend auf verhaltenstherapeutische Interventionen eingeengt“, wenn es um psychologische Maßnahmen gehe, ebenso daß „die Erwartungen an pädagogisch-psychotherapeutische Intervention bei diesen Kindern“ sich „trotz erheblichen Forschungsaufwands bisher nicht erfüllt haben“ (S. 277).

## 2 Beziehungsaspekte beim Hyperkinetischen Syndrom

In den folgenden Ausführungen besteht mein Anliegen darin, näher auf die Beziehungsaspekte einzugehen, die mit hyperaktiver Symptomatik in Zusammenhang stehen, und diese an Fallbeispielen aus der familientherapeutischen Praxis zu illustrieren.

Als erstes sei auf die Auswirkungen hingewiesen, die das oft so aufregende und belastende Verhalten des Kindes auf seine Umgebung hat: Hyperaktivität und Impulsivität zwingen der Familie und weiterer Umgebung bestimmte Gegenmaßnahmen und Verhaltensweisen auf und engen somit die Freiheitsgrade des Verhaltens der Betroffenen stark ein. Dieser Umstand wirkt sich wiederum auf das „hyperaktive“ Kind aus und beeinflusst seine Verhaltensweisen. Beispielsweise hält das impulsive, gefahrenblinde Kind die Eltern in ständiger Angst vor Verkehrsunfällen. Die dauernde Angst um das Kind belastet die Beziehungen und überfordert langfristig die Kräfte der Familie. Die Eltern werden aufgrund häufiger „Mißerfolge“ in ihrer Erziehung unsicher, was sich in ihrem Verhalten unterschiedlich niederschlagen kann: schwankender Erziehungsstil, Überbesorgtheit oder auch gegenseitige Schuldvorwürfe der Eltern können auftreten. All diese möglichen Auswirkungen sind aber wiederum gerade dazu geeignet, die hyperaktive Symptomatik eher anzuregen als einzudämmen. Es entstehen zirkuläre Prozesse in der Familie (auch in Kindergarten oder Schule), die sich um die exzessive Symptomatik gruppieren. Das unruhige Kind und ängstliche bzw. schließlich oft nervöse, gereizte Eltern schaukeln sich gegenseitig hoch – und bald dreht sich der ganze Alltag nur noch um die Bekämpfung oder „Verhütung“ der Hektik. Ursache und Wirkung sind nicht mehr zu unterscheiden – ist die nervöse Gereiztheit oder Überbesorgtheit der Eltern Folge oder Verursacher des hyperaktiven Verhaltens des Kindes? Besitzt die Symptomatik letztendlich gar eine weitergehende Bedeutung für das Familiensystem?

Diese zirkulären Prozesse spielen sich nicht nur zwischen den Familienmitgliedern ab, sondern auch innerhalb der verschiedenen Fähigkeits- und Verhaltensbereiche des „Symptomträgers“. Häufig tritt die hyperaktive Symptomatik in Zusammenhang mit sozialen Anpassungsschwierigkeiten, Sprachstörungen (*Ohlmer-Schreiber*, 1987), Wahrnehmungsdefiziten (*Ayres*, 1979, 1984; *Brundieck u. Kilian*, 1985) und Entwicklungsrückständen auf (s. multiaxiales Klassifikationsschema: HKS mit Störungen von Aktivität und Aufmerksamkeit, mit Entwicklungsrückständen, mit Störungen des Sozialverhaltens).

Auch hier fällt auf, daß die Symptome bzw. Phänomene sich gegenseitig bedingen: beispielsweise kann das hyperaktive Kind mit visuellen Perzeptionsstörungen sich kaum auf eine ruhige Beschäftigung etwa mit visuellen Inhalten oder Anforderungen einlassen. Es hat so entsprechend wenig Übung in diesem Bereich, die visuellen Defizite vergrößern sich. Es entwickelt ein Störungsbewußtsein, und die Hyperaktivität gewinnt eine wichtige Funktion: sie schützt das Kind vor der Entdeckung eines weiteren Problems, es entflieht – in eher zunehmender Unruhe – den Anforderungssituationen. Wiederum werden letztlich Ursache und Wirkung auswechselbar. Der Neuropädiater *Groß-Selbeck* (1983, S. 40) trifft eine ähnliche Feststellung: „Die Kausalbeziehungen sind jedoch unklar und erschweren häufig den gezielten Einsatz therapeutischer Maßnahmen, weil in der Regel nicht festzustellen ist, ob die Lernstörung die Unruhe oder die Unruhe die Lernstörung bedingt. Wahrscheinlich besteht hier eine gegenseitige Abhängigkeit. In jedem Fall wird dadurch der Schulerfolg gefährdet, und diese Gefährdung wiederum wird zum Problem der Familie.“

## 3 Systemische Sichtweise des Hyperkinetischen Syndroms

Angesichts dieser immer wiederkehrenden Beobachtungen gegenseitiger Bedingtheit bietet sich die systemische Sichtweise als Denkmodell geradezu an. Ein wesentliches Element dieses Ansatzes, das ihn von anderen Theorien unterscheidet, bildet die Erweiterung des linearen Ursache-Wirkungs-Denkens um die zirkuläre Dimension. (Ausführliche Darstellungen z. B. bei *Maturana u. Varela*, 1987; praktische Implikationen für die therapeutische Arbeit s. *Selvini et al.*, 1981). Gegenstand der Beobachtung und Überlegung ist nun nicht mehr die Suche nach bestimmten Ursachen für bestimmte Phänomene, die dann zu bestimmten, hieraus abgeleiteten Maßnahmen führen, sondern das Erkennen eines zirkulären Musters, also der Spielregeln, nach denen die Prozesse der gegenseitigen Bedingtheiten ablaufen. Das Ziel der Intervention besteht dann darin, diese Abläufe zu unterbrechen und damit das System (z. B. die Familie oder die Konfiguration verschiedener Teilleistungsbereiche eines Individuums) zu einer Neuorientierung zu veranlassen. Aus systemischer Sicht erscheint die Annahme eines – genetisch oder neurologisch bedingten – Leitsymptoms „Aufmerksamkeitsstörung“ als eine von vielen möglichen Interpunktionen (*Watzlawick et al.* 1969) in einem zirkulären Prozeß.

Die diagnostische Eingruppierung der hyperaktiven Symptomatik in eine der Formen des Hyperkinetischen Syndroms unterliegt der Gefahr der Ausblendung der zirkulären Prozesse aufgrund der hiermit verbundenen linearen Sichtweise.

Die hieraus abgeleitete Behandlung beispielsweise mit Stimulantien vermag zwar in vielen Fällen (Responder) rasche Entlastung auf vielen Ebenen zu verschaffen, dennoch bleiben die Spielregeln der gleichzeitig ablaufenden



zirkulären Prozesse vorerst bestehen, sofern sich die Behandlung auf die Verordnung der Medikamente beschränkt – der Regelkreis erweitert sich allenfalls um eine Komponente, die des medikamentösen Hilfsmittels. Auch das medikamentös gut eingestellte Kind bleibt im Bewußtsein der Familie ein hyperaktives Kind, und gerade die Wirksamkeit der Medikation und Rückfälle bei deren Absetzen „beweisen“ dies allen immer wieder (vgl. Brocke, 1984). Statt direkt um die ständige Unruhe dreht sich jetzt alles um deren Verhütung. Das gleiche Spiel setzt sich in veränderter Form fort, indem nun etwa die Sorge um die regelmäßige Medikamenteneinnahme oder die Einhaltung einer phosphatarmen Diät systemstabilisierende Funktion erhält, sofern nicht zusätzliche Maßnahmen erfolgen.

Auf der anderen Seite vermag eine lineare Interpretation der Hyperaktivität nach dem medizinischen Denkmodell – also etwa in Form der Diagnose „Hyperkinetisches Syndrom“ – durchaus auch entlastend auf die strapazierten Beziehungen wirken: Familie, evtl. auch Lehrer oder Therapeuten, erfahren eine Entlastung von Schuldgefühlen – die quälende Suche nach „Schuldigen“ und/oder den endlich wirksamen pädagogischen Maßnahmen oder „richtigen“ Verhaltensweisen kann aufhören, vielleicht reduzieren sich auch Befürchtungen von möglicher Behinderung o. ä.

Padan und Ehlers (1986) beschreiben anhand der Gründung einer Eltern-Selbsthilfegruppe, wie sich die betroffenen Familien durch gegenseitige Unterstützung zusätzliche Entlastung verschaffen. Hierbei erhält jedoch in der Folge die Symptomatik „Hyperaktivität“ eine erweiterte soziale Bedeutung bzw. Funktion – sie wird über die gegründete Initiative zum Kontaktstifter. Es läßt sich kritisch anmerken, daß sich hier wiederum ein bekanntes Spiel wiederholt, die Kontakte gruppieren sich um das Symptom – der Preis für die notwendige Entlastung von Schuldgefühlen und Verantwortung kann in der Zementierung der Diagnose und Symptomatik bestehen.

Eine systemische Sichtweise kann verständlich machen, warum primär auf die direkte Beeinflussung der Symptomatik gerichtete Maßnahmen so oft erfolglos bleiben. Könnte dies evtl. gerade dann der Fall sein, wenn die Bedeutung der Symptomatik im Beziehungsgeflecht der Umgebung des Kindes nicht genügend berücksichtigt wird? Remschmidt betont: „Die Behandlung hyperaktiver Kinder muß stets mehrdimensional sein. Dies entspricht auch der Struktur der Störung“ (1987, S. C 1215; vgl. auch Brocke, 1984; Harbauer, 1980 und Groß-Selbeck, 1983).

Zur Illustration der bis hierher dargestellten Überlegungen seien 4 Fallgeschichten referiert. 3 der 4 Kinder erhielten eine interdisziplinäre (z. T. tages)klinische Behandlung, bestehend aus Krankengymnastik bzw. Psychomotorikgruppe, sensorischer Integrationstherapie und heilpädagogischem Kleingruppenprogramm. Ein Schwerpunkt bestand dabei in der begleitenden Familientherapie in der Absicht, „Spielregeln“ im jeweiligen Familiensystem zu beeinflussen. Ein Fall wurde ausschließlich ambulant familientherapeutisch behandelt.

## 4 Fallbeispiele

### 4.1 Fall A.

Der knapp 7jährige A. treibt durch seine ausgeprägte Konzentrationsunfähigkeit, motorische Unruhe und aggressives Verhalten seine Familie zur Verzweiflung. Im Kindergarten ist er „untragbar“ geworden, so daß er dort keine Aufnahme mehr findet. Die niedergelassene ambulante Beschäftigungstherapeutin versucht 2 Jahre lang vergeblich, ihn zu einer Behandlung der multiplen visuellen und visuomotorischen Störung zu motivieren. A. rennt buchstäblich aus den Behandlungsstunden auf die Straße fort. Es kommt schließlich zu einer tagesklinischen Aufnahme in der Neuropädiatrischen Klinik.

Die ausführlichen medizinischen und testpsychologischen Untersuchungen und die Beobachtung durch die Therapeuten ergeben Intelligenzwerte zwischen 68 und 82, multiple Defizite im Bereich der visuellen Wahrnehmung (räumliches Vorstellungsvermögen, Raumlageerkennung, Figurgrundwahrnehmung und visuomotorische Koordination sind extrem gestört), eine deutliche Merkfähigkeitsschwäche im visuellen und sprachlichen Bereich, mangelhaften Wortgebrauch, Verwendung von unvollständigen Dreiwortsätzen, eine taktile Abwehrhaltung (Überempfindlichkeit) sowie durchgängig unruhiges, hyperaktives Verhalten. A. vermeidet konsequent jeden Anflug von Anforderungen, und die bevorstehende Einschulung droht zum Fiasco zu werden, sei es auf der normalen Grundschule, sei es auf einer Lernbehindertenschule.

Es fällt von Anfang an auf, daß A. über ein sehr ausgeprägtes Störungsbewußtsein verfügt. Er hat Angst vor Mißerfolg, so daß an eine Therapie seiner multiplen Störungen gar nicht zu denken ist. Dadurch verstärkt sich sein Rückstand in diesbezüglichen Leistungen gegenüber den Altersgenossen weiter.

Im ersten Gespräch mit den Eltern wird jedoch eine weitere Dimension erkennbar, die offensichtlich Einfluß auf A.s Verhalten hat: Es herrschen extreme Spannungen in der Familie, die Eltern beschimpfen und entwerten sich gegenseitig und können keine gemeinsame Entscheidung über Einschulung oder Schulzurückstellung herbeiführen.

Auf Initiative der Großeltern vs wird A. aus der stationären Behandlung entlassen, die gesamte Therapie abgebrochen.

Es folgt eine mehrwöchige Therapiepause, bis die Behandlung auf Initiative der Mutter wieder aufgenommen wird. In der Zwischenzeit ändert sich A.s Verhalten schlagartig. Es stellt sich heraus, daß er von dem Tag an wesentlich ruhiger wird, als die Eltern sich gemeinsam entschlossen, den Jungen von der Einschulung zurückzustellen.

Im Verlauf der weiteren Behandlung wechseln „hyperaktive“ und „ruhige Phasen“ häufig einander ab, und es lassen sich in den Familiengesprächen stets bestimmte Zusammenhänge eruieren:

- Bei zunehmenden Meinungsverschiedenheiten zwischen Großeltern und Mutter nimmt A.s Unruhe zu.
- Beim Leistungsvergleich mit Altersgenossen werden seine Defizite deutlicher, was ebenfalls zunächst zu erhöhter Unruhe führt.

Familiäre Spannungen und multiple Wahrnehmungsdefizite und deren Erleben und Bewertung spielen gleichermaßen eine Rolle für das Fortbestehen der Symptomatik, so daß ein simultanes Ansetzen auf verschiedenen Ebenen sinnvoll erscheint. A. erhält intensive Wahrnehmungstherapie nach Ayres und Frostig, nimmt an der Psychomotorik-Gruppe und der heilpädagogischen Vor-

schulgruppe teil. Parallel hierzu wird mit den Eltern eine Familientherapie durchgeführt, aus der im folgenden kurze Ausschnitte wiedergegeben werden:

Im Vordergrund der ersten Sitzungen steht ganz und gar die „Schuldfrage“: Der Vater wirft der Mutter vor, ihre Hektik und Impulsivität sei „schuld“ an A.s Hyperaktivität – die Mutter führt demgegenüber die Wahrnehmungsstörungen als ursächlich ins Feld. Die erstellten Diagnosen werden zu Kampfinstrumenten in der ehelichen Auseinandersetzung. Die Eltern haben sich stark auseinandergelebt, sind nur noch der 3 Kinder wegen zusammen, wirken verbittert und resigniert. Die auffällige Impulsivität der Mutter zwingt den Vater zu ruhigem Auftreten, er fühlt sich verpflichtet, ruhiger Pol zu sein, schluckt häufig seinen Ärger hinunter und leidet an Magenbeschwerden.

Es stellt sich heraus, daß die Mutter erst seit der Geburt A.s sowie Hektik zeigte. Nachdem das 1. Kind der Familie im Alter von 10 Wochen an plötzlichem Kindstod verstorben war, hatten „alle Angst“, daß sich dies bei A. wiederholen könne. In den weiteren Sitzungen schält sich eine enge Verstrickung mit den Großeltern vs heraus – diese unterstützen die Familie sowohl finanziell als auch mit häufigen Hilfeleistungen bei der Betreuung der Kinder im Alter von 3, 5 und 7 Jahren.

Sie drängen ihre Hilfe buchstäblich auf, was die Eltern auch annehmen, mischen sich jedoch außerdem in viele Belange ein. Besonders an A., dem „Kronprinzen“, der das lebensgefährliche Babyalter als Erster überstanden hat, entzünden sich die Meinungsverschiedenheiten: Er ist der Liebling der Großeltern und wird von der Mutter als Druckmittel benutzt, sich gegenüber den Großeltern abzugrenzen. Herrscht Friede zwischen den Parteien, darf er die Großeltern oft besuchen, gibt es Streit, wird er ihnen „vorenthalten“. Als die Scheidung der Eltern zur Diskussion steht, gibt es sofortige Klarheit darüber, daß die 2 jüngeren Brüder zur Mutter gehen, während um A. sich alle Beteiligten streiten würden.

Nun werden die multiplen Funktionen des hyperaktiven Verhaltens deutlich: A.s Hyperaktivität erscheint in mancherlei Hinsicht sinnvoll, denn sie

- schon die Eltern, indem sie von deren Beziehungsmisere ablenkt und Gemeinsamkeit zwischen ihnen in Form gemeinsamer Sorge stiftet;
- beschützt A. vor schmerzlichen Inkompetenzerfahrungen in verschiedenen Leistungsbereichen *und* vor dem Gefühl, den Auseinandersetzungen der Erwachsenen ausgeliefert zu sein;
- gewährt den jüngeren Geschwistern einen gewissen Schutz davor, ebenfalls in den Generationsstreit hineingezogen zu werden;
- ermöglicht A. einen großen Freiraum zwischen den Fronten, er kann die Erwachsenen gegeneinander auspielen und braucht sich oft nicht an die Regeln zu halten;
- schafft indirekte Entlastung für die Eltern: weil A. so „schwierig“ ist, kann die häufige Hilfe der Großeltern ohne Gesichtsverlust in Anspruch genommen werden –

sie liefert gleichzeitig den Großeltern die moralische Rechtfertigung für ihre eingreifende Anteilnahme am Leben der jungen Familie.

Im Schonraum der Tagesklinik erfährt A. eine gewisse Entlastung von den Funktionen, die er für die Familie bislang erfüllt hat, und es wird ihm möglich, sich den eigenen Wahrnehmungs- und Teilleistungsschwierigkeiten zu stellen und sich auf entsprechende Angebote einzulassen. Gleichzeitig können die Eltern sich mehr den familiären Problemen widmen. Ihnen werden diese verschiedenen Zusammenhänge deutlich, sie können die Verhaltensproblematik auf einer anderen Ebene, der Beziehungsebene, sehen, so daß eine Beziehungsklärung zwischen den Generationen erfolgen kann.

In einem spannungsgeladenen Gespräch zwischen Eltern und Großeltern werden die gegenseitigen Verstrickungen, ja Erpressungsmanöver deutlich. Es kommt noch eine andere Seite zum Vorschein: Eltern und Großeltern konkurrieren um die Gunst der Kinder. Die Großeltern versuchen, sich über möglichst viele Hilfs- und Versorgungsleistungen als die besseren Eltern darzustellen. Nachdem dies deutlich geworden ist, beginnt der Vater sich stark von seinen Eltern abzugrenzen:

In den folgenden Wochen besteht zunächst „Besuchssperre“. Die Großeltern weigern sich, an einem Wochenende die Kinder für ein paar Stunden zu beaufsichtigen. Wiederum ein paar Tage später fällt das Auto der Eltern aus, anstelle des Großvaters übernimmt ein Nachbar für 2 Tage die Fahrten in die Tagesklinik. Die Eltern werden von der Hilfe der Großeltern unabhängiger. – Der Vater übermittelt den Großeltern die Einladung zum nächsten Familiengespräch nicht – er wünscht deren Anwesenheit nicht.

6 Wochen später berichten die Eltern, daß sie sich z. Zt. so gut verstehen würden wie schon Jahre nicht mehr, es herrsche Harmonie und Zufriedenheit, alle Kinder machten ihnen viel Freude. A. verhalte sich recht ruhig, könne sich stundenlang still allein beschäftigen. Oft würden sie alle gemeinsam spielen.

In der Kliniksituation stellt A. sich noch offener den Anforderungen im Vorschulbereich und in der Wahrnehmungstherapie. Sein Störungsbewußtsein agiert er nicht mehr hyperaktiv aus, sondern wird traurig, wenn er bestimmte Dinge nicht kann, und äußert selbst eine realistische Skepsis vor den schulischen Anforderungen, die auf ihn zukommen. Seine Konzentrationsspanne steigt von einer (!) auf über 90 (!) Minuten. Er kann sich nun in der Vorschulgruppe oder allein am Tisch intensiv beschäftigen, selbst wenn wildes Getümmel um ihn herum herrscht. Drei Monate nach Beendigung der tagesklinischen Behandlung ergibt das erste Nachgespräch mit den Eltern, daß der erreichte positive Zustand in vollem Maße erhalten geblieben ist. Die kurz nach diesem Gespräch erfolgende Einschulung führt zu einem erneuten Aufflackern der Hyperaktivität, die aber auf die schulische Situation beschränkt bleibt – zuhause und im Kreise der Spielkameraden in der Nachbarschaft zeigt A. sich weiter relativ ruhig und sozial angepaßt.

Angeichts der Komplexität der hier geschilderten Problematik und des entsprechend differenzierten Behandlungsansatzes läßt sich unmöglich ein einzelner Wirkfaktor für den therapeutischen Erfolg mit Sicherheit bestimmen. Es besteht jedoch angesichts der (relativen) Erfolglosigkeit der ambulanten Beschäftigungstherapie berechtigter Grund zu der Annahme, daß erst eine Beeinflussung der familiären Beziehungsmuster durch die tagesklinische Aufnahme und die begleitenden Familiengespräche die Grundlagen für eine Verhaltensänderung und die Teilnahme am Therapieprogramm gelegt haben. Daß die vorhergehende Ganztagsbetreuung im Kindergarten keinerlei Effekt auf A.s Verhalten hatte, weist darauf hin, daß es nicht genügte, für A. Entlastung durch Abwesenheit von der Familie zu schaffen.

#### 4.2 Fall B.

Auch im folgenden Fallbeispiel steht hyperkinetisches Verhalten in Zusammenhang mit Beziehungsspannungen auf intergenerativer Ebene:

Bei dem 5jährigen B. hat sein extrem hyperaktives Verhalten zu einer Überforderung des Kindergartens geführt, zumal B. sich zusätzlich recht aggressiv gegenüber anderen Kindern zeigt. Es kommt so eine rasch eingeleitete Klinikaufnahme (vollstationär) zustande. B. gebärdet sich auch auf der Station wochenlang wie wild, tobt aggressiv umher, ist schon 1/2 Stunde nach dem morgendlichen Aufstehen völlig durchgeschwitzt und bleibt total aufgedreht, bis er am frühen Abend vor Erschöpfung etwas ruhiger wird. Es sind bei ihm weder ein Entwicklungsrückstand noch Wahrnehmungs- oder sonstige Teilleistungstörungen festzustellen.

In der begleitenden Familientherapie stellt sich folgende Familienkonstellation heraus:

Die Eltern sind wegen ständiger Meinungsverschiedenheiten mit der Großmutter ms vor mehr als einem Jahr aus der unmittelbaren Nachbarschaft der Oma in eine 15 km entfernte Stadt gezogen, um mehr ihr eigenes Leben führen zu können. J., die 8jährige Schwester B.s, die seit ihrer Geburt von der Großmutter wegen Berufstätigkeit beider Eltern betreut wurde und ständig in deren Haushalt lebte, bleibt dort. Nach dem Tod des Großvaters war sie einziger Lebensinhalt der Großmutter geworden. Um J.s Aufenthaltsort wird unter ständiger Beteiligung der beiden zuständigen Jugendämter gestritten. Die Eltern wollen sie bei sich haben, unternehmen aber nur halbherzige Versuche, dies auch durchzusetzen. Nach dem Umzug zeigt B. zum ersten Mal das hyperaktive Verhalten, das offensichtlich verschiedene Funktionen hat:

- B. bindet viel Aufmerksamkeit der Mutter – je unruhiger er wird, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, daß auch er zur Großmutter müßte, die mit seiner Umtriebigkeit überfordert wäre. (Fatalerweise führt aber dieses Verhalten letztendlich genau zum befürchteten Ergebnis – er muß fort von den Eltern, in die Klinik.)
- Gleichzeitig trägt er dazu bei, daß J. bei der Großmutter bleibt – hat die Mutter doch schon genug mit ihm zu tun.
- Auf diese Weise wird über den Verbleib J.s im Haushalt der Großmutter deren enge Verbindung sanktioniert. (Die Mut-

ter ist das jüngste von 6 Kindern und war seit ihrer Kindheit dazu auserkoren, den berufstätigen Großeltern zu helfen, z.B. mußte sie schon als 13jährige selbständig den Haushalt führen.)

Auf der Station und beim Sceno-Spiel ergeben sich aus B.s Hyperaktivität in verschiedenen Situationen differenziertere Hinweise auf diese Funktionen: B. wird besonders bei Begrüßungs- und Abschiedsszenen, etwa dem Schichtwechsel, besonders hektisch, braucht dann 1 Stunde und länger, bis er sein „normales“ Bewegungsniveau wieder erreicht hat. Im freien Sceno-Spiel gestaltet er immer wieder Begrüßungssituationen, die er stets in aggressivem Chaos enden läßt – dies steht möglicherweise symbolisch für die Wochenendsituation, wenn seine Schwester von der Oma geholt bzw. zu ihr zurückgebracht wird.

Nach einigen Elterngesprächen verstärken die Eltern ihre Abgrenzungsbemühungen gegenüber der Großmutter – sie verbringen die Wochenenden nicht mehr teilweise in deren Haus, sondern nehmen die Tochter mit zu sich. B. zeigt sich zuhause sehr ruhig, anschmiegsam und gut lenkbar, auf der Station nur noch mäßig hyperaktiv in den erwähnten Situationen.

Nach erfolgter Entlassung gibt es ca. 4 Monate im Kindergarten kaum Schwierigkeiten, doch „dreht“ er dann wieder „auf“, während er sich zuhause weiterhin ruhig und angepaßt zeigt. Die Eltern machen einen Kindergärtnerinnenwechsel für die wiederauftauchenden Probleme verantwortlich. Es stellt sich jedoch im Gespräch rasch heraus, daß zum gleichen Zeitpunkt der Streit mit der Großmutter eskaliert ist – diesmal, weil diese ihr Haus ihrem Lieblingssohn geschenkt hat und die übrigen Kinder leer ausgehen. B.s Vater plant seitdem, im 200 km entfernten Landkreis seiner Eltern eine Gastwirtschaft zu übernehmen, auch wenn er dann seine Tochter nur noch selten sehen könne. Die Mutter will demgegenüber auf keinen Fall auf die Nähe zu J., und damit auch der Großmutter verzichten – eher solle ihr Mann alleine wegziehen. In dieser Situation tut B. seiner Mutter den Gefallen, zuhause ruhig zu bleiben, die Mutter mit Zärtlichkeitsbekundungen zu überschütten und die Spannung im Kindergarten auszuagieren. Es scheint beeindruckend, wie differenziert und „passend“ er sich verhalten kann, obwohl doch auch seine eigene Situation zum „Ausrasten“ ist: Die Eltern drohen auseinanderzugehen, die Schwester ist schon weg von der Familie, und die Eltern haben nicht die Macht, sie herzuholen. Was wird aus ihm werden?

#### 4.3 Fall M.

An einem dritten Beispiel soll verdeutlicht werden, daß auch ambulante Familiengespräche als alleinige Maßnahmen eine Reduzierung hyperaktiven Verhaltens bei diagnostiziertem HKS bewirken können:

Der 12jährige M. wird von der Mutter in der Neuropädiatischen Ambulanz wegen Hyperaktivität und Schulschwierigkeiten vorgestellt. M. hat zuvor eine erfolgreiche Ritalin-Behandlung erhalten. Die Eltern bitten um eine Abklärung der Intelli-



genz, die nach HAWIK am unteren Rand des Normbereichs liegt und wünschen möglichst eine Spieltherapie ohne Fortsetzung der medikamentösen Behandlung. Familiär, so berichtet die Mutter noch beim Erstkontakt, sei „wieder alles in Ordnung“ – nach einer Trennung der Ehepartner seien sie vor 1/2 Jahr wieder zusammengezogen.

Im Sceno-Test stellt sich M. als alte Lok dar, die unaufhörlich zwischen Mexiko und Deutschland hin- und herpendle, weil sie Urlauber transportieren müsse. Lange mache es die Lok nicht mehr, dann gehe sie kaputt und komme auf den Schrotthaufen. M. pendelt, so läßt sich nach dieser Szene vermuten, bis zur Erschöpfung zwischen den beiden Elternpolen.

Im folgenden Gespräch mit dem Ehepartner wird diese Hypothese angesprochen, was zu einer beredten Schilderung der überstandenen Trennung und der immer noch schwierigen Familiensituation führt. M. bekomme davon am meisten mit. Infolge eines Motorradunfalls des Vaters wird die vereinbarte Familientherapie zunächst nicht fortgesetzt, doch meldet sich die Mutter ein 3/4 Jahr später – nun macht die 7jährige K. Schul-schwierigkeiten, M. und die 4jährige N. seien hingegen problemlos.

Nun erfolgt eine Fortsetzung der Familiengespräche, in deren Verlauf M.s Hyperaktivität keine Rolle spielt. Er brauche viel Auslauf, komme aber ansonsten in Schule, im Freundeskreis und der Familie gut zurecht, K. ist jetzt der Kristallisationspunkt.

Auch in dieser Familie bildet die Ablösung von bzw. Grenzensetzung gegenüber den Großeltern einen entscheidenden Faktor, es bestehen engste Verbindungen durch gemeinsame Arbeit: alle sind in dem Altenheim beschäftigt, das die Mutter leitet und vom Großvater vs gepachtet hat. Geschäftliche und familiäre Belange sind ständig vermischt und auch die Entscheidungsinstanzen sind unklar. Neben der Mutter als offizieller Heimleiterin fungiert der Großvater, dem das Heim gehört, als informeller Leiter, der gleichzeitig die im Heim mitlebenden Kinder der Familie miterziehen will. Im Verlauf der Familientherapie gelingt es den Eltern sich klar abzugrenzen und die Großeltern in „Pension“ zu schicken.

Für unseren Zusammenhang ist in diesem Fall noch von besonderer Bedeutung, daß die im ersten Familiengespräch erfolgte Fokusverschiebung von M.s Hyperaktivität zum Thema der familiären Beziehungen offensichtlich den Weg für eine veränderte Symptombewertung und damit -änderung freigemacht hat.

#### 4.4 Fall F.

Nur kurz und unvollständig sei noch ein 4. Fallbeispiel erwähnt:

Bei dem 5jährigen F. werden sämtliche erreichbaren diagnostischen Instanzen und Kapazitäten aufgesucht, um ein bislang unbekanntes Dysplasie-Syndrom abzuklären, das mit erheblicher Hyperaktivität und einer Entwicklungsverzögerung einhergeht. Dabei wird lange Zeit buchstäblich der Beziehungskontext übersehen, in dem das Verhalten steht: F. verhält sich in Gegenwart nur eines Elternteils erträglich, „flippt“ jedoch in Anwesenheit beider Eltern in exzessivem Ausmaß.

Die gewünschte stationäre Behandlung erfolgt 250 km vom Wohnort der Familie entfernt, so daß infolge dieser Distanz regelmäßiges Abholen F.s am Wochenende nicht möglich ist. Die Eltern wechseln sich mit den Wochenendbesuchen ab, der an-

dere bleibt bei der kleinen Tochter zuhause. Auf diese Weise sorgt F. mit seiner Symptomatik für Distanz zwischen den Eltern, die nach Angaben der Mutter seit längerem unter erheblichen Spannungen und Beziehungsproblemen leiden und sich aus dem Weg zu gehen versuchen. Die Familie ist allerdings zu einer entsprechenden Behandlung oder Beratung nicht bereit.

## 5 Schlußfolgerungen

Betrachtet man die dargestellten Fallbeispiele, so fallen gewisse Gemeinsamkeiten auf:

- In allen Fällen bestehen enge Verbindungen jeweils eines Elternteils zu seiner Herkunftsfamilie, wohingegen die Bindungen des anderen Elternteils zum anderen Großelternteil weniger intensiv erscheinen. (Dies trifft, das muß an dieser Stelle noch erwähnt werden, auch im Fall von F. zu.) Es existieren darüberhinaus nur relativ wenig engere Kontakte zu anderen (Freunde oder Verwandte), so daß die Beziehung der Familie zu einer der Herkunftsfamilien von besonders großer Bedeutung ist. Dies fördert die Furcht vor Abgrenzung voneinander. So sind oft Grenzen unklar, Zuständigkeiten nicht geregelt. (Wieweit dürfen die Großeltern an A.s Erziehung und Förderung mitwirken? Wer trägt die Verantwortung für die Entwicklung von B.s Schwester J. – Eltern, Großmutter oder die beiden Jugendämter? Wer leitet das Altenheim, das M.s Familie gemeinsam betreibt?)
- Die aus unklaren Zuständigkeiten und Beziehungen (ist B.s Mutter mehr mit ihrer Mutter oder mehr mit ihrem Mann „verheiratet“? Fühlt sich A.s Vater mehr seiner Frau oder seiner Mutter verbunden?) resultierenden Meinungsverschiedenheiten treten in der Regel wenigstens zeitweise offen zutage und führen zur Polarisierung der beteiligten Parteien, ohne daß effektive Abgrenzungen zustande kommen. Es kommt vielmehr zum Kampfspiel auf Inhaltsebene, das immer wieder unentschieden endet. Alle beziehen ihren „Spielgewinn“ daraus, die jeweils andere Seite als schlecht, unfähig, böswillig u. a. m., und sich selbst als das positive Gegenteil darzustellen. So herrschen ständige Spannungen zwischen den Parteien, zeitweise eher unerschwellig, zeitweilig offen. Solange die Beziehungen nicht klar definiert werden, bleibt dieser Zustand erhalten.
- In dieser Situation nehmen die Eltern den Grenzen setzenden Teil ihrer Erziehungsfunktion nur ungenügend oder in widersprüchlicher Form wahr, indem z. B. ein Elternteil Sanktionen des anderen wieder aufhebt – das hyperaktive Kind erfährt kaum die ihm Beruhigung verschaffenden Grenzssetzungen. In dieser Situation befindet es sich u. U. in permanenten Loyalitätskonflikten, es steht zwischen den Parteien und pendelt in ständiger (Über-)Aktivität zwischen den Fronten. So fungiert seine Hyperaktivität als Spannungsdikator, gleichzeitig aber auch als Ablenkung von bedrohlich erscheinenden Beziehungsklärungen und als gemeinschaftsstiftender Sorgenlieferant für die Fami-



lie. Dafür ist ihm dann auch die Sorge und Anteilnahme der Familie gewiß. Zusätzlich kann es sich auch einiger Freiräume sicher sein, die die ungenügenden Grenzsetzungen ihm lassen.

- Somit erfüllt die hyperaktive Symptomatik eine wichtige Funktion. - Sie stabilisiert das familiäre Beziehungsgleichgewicht, indem sie auf überhöhte Spannungen aufmerksam macht, gleichzeitig davon ablenkt - nun dreht sich alles um das Verhalten des Kindes - und neuen „Stoff“ für Auseinandersetzungen und Spannungen liefert, z. B. wer „Schuld“ hat an den Verhaltensproblemen oder welches die „richtigen“ Methoden zu ihrer Beseitigung seien.

Abschließend müssen hierzu einige Einschränkungen gemacht werden: Natürlich ist die Anzahl der in der beschriebenen Weise familientherapeutisch behandelten Fälle viel zu gering, um bestimmte Hypothesen über die Aufrechterhaltung oder gar Ätiologie hyperaktiven Verhaltens belegen zu können. Es kann hier nur darauf aufmerksam gemacht werden, daß bei der Symptomatik der Hyperaktivität möglicherweise eine bestimmte familiäre Konstellation - die hier aufgrund geringer Fallzahl nur mit Vorbehalt beschrieben werden konnte - zu beobachten ist, deren therapeutischer Beeinflussung in den Behandlungskonzepten ein größeres Gewicht beigemessen werden sollte. Anhand der Fallbeispiele erscheint dies aussichtsreich, sowohl hinsichtlich der direkten Arbeit mit den betroffenen Familien als auch bei kombinierten Behandlungsansätzen.

Als grundsätzliche Schlußfolgerung ergibt sich aus den dargestellten Überlegungen und Erfahrungen, daß der systematische Ansatz als übergreifendes Denk- und Behandlungsmodell mit seiner Betonung des Beziehungsaspekts neue Perspektiven für das Verständnis und die Behandlung der Hyperaktivität zu liefern vermag.

### Summary

#### *Some Considerations about Hyperactivity from a Systemic Point of View*

It is remarkable that in the latest literature on treatment of hyperactivity the aspects of relationship being connected with this symptom are almost being neglected -

the ordinary treatments seem to be mostly centered on symptom or individual aspects although often "accompanying steps" are considered to be important. Based on case studies in the practice of family therapy the inclusion of relational aspects in the treatment of hyperactive children is being outlined. It has been tried to put special stress on the importance of this symptom for the family relationships context.

### Literatur

- Ayres, J.: (1979): Lernstörungen. Berlin: Springer. - Ayres, J. (1984): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin: Springer. - Brocke, B. (1984): Zur Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 33, 222-233. - Brundieck, A. u. Kilian, H. (1985): Zur Diagnostik und Therapie der minimalen cerebralen Dysfunktion. Der Kinderarzt, Nr. 3, 334-340. - Eisert, M. u. Eisert, H. G. (1987): Auf dem schwierigen Weg zu einem klinisch validen Behandlungsprogramm für hyperaktive Kinder. In: Speck, O., Peterander, F., Innerhofer, P. (Hrsg.): Kindertherapie. München: Reinhardt. - Groß-Selbeck, G. (1983): Hyperkinetische Kinder - Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung. Deutsches Ärzteblatt Heft 37, 38-41. - Harbauer, H. (1980): Hypermotorisches Syndrom im Kindesalter. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 11, 355-357. - Maturana, H. R. und Varela, F. J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Bern: Scherz. - Minde, K. (1985): Hyperaktives Syndrom. In: Remschmidt, H. u. Schmidt, M. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis, Bd. 3. Stuttgart: Thieme. - Ohlmer-Schreiber, I. (1987): Perzeptions- und Kommunikationsschwierigkeiten bei hyperaktiven Kindern. Der Kinderarzt, Nr. 5, 656-662. - Padan, J. u. Ehlers, K. (1986): Optimale Betreuung hyperkinetischer Kinder. Der Kinderarzt, Nr. 7, 1065-1066. - Remschmidt, H. (1987): Das hyperkinetische Syndrom im Kindesalter. Deutsches Ärzteblatt, Heft 28/29, S. C 1213-1216. - Remschmidt, H. u. Schmidt, M. (Hrsg.) (1986<sup>2</sup>): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. - Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1981): Hypothesisieren, Zirkularität, Neutralität: Drei Richtlinien für den Leiter der Sitzung. Familiendynamik 6, 138-147. - Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1969): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern: Huber.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Heiko Kilian, Neuropädiatrische Klinik und Ambulanz, Johannes-Anstalten, 6951 Schwarzach.